LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique chirurgicale : Hémianesthésie hystérique traumatique, par L. Sibut, 161. — **Bibliographie** : Diseases of women and uterine therapeutics, par le Dr Macnaughton Jones, 163. — De la benzo-iodhydrine comme succédané de l'iodure de potassium, par le Dr A. Chenal, 163. — **Revue de la presse** : Un compteur extraordinaire de lettres, 163. — **Académie des sciences** : *Séance du 1er mars* 1897. Présidence de M. Chatin. — Sur le mécanisme histologique de la cicatrisation et sur des fibres nouvelles, « fibres synaptiques », 164. — **Académie de médecine** : *Séance du 9 mars* 1897. Présidence deM. Caventou. — Présentation d'instrument, 166. — Bec de lièvre, 166. — Lithiase intestinale et gravelle de l'intestin, 166. — Restauration du périnée, du vagin, de l'urèthre et du rectum, 167. — Fibro-sarcome, 167. — Radiographie, 167. — Intoxication aiguë par les vapeurs nitreuses, 167. — Grossesse extra-utérine, 167. — De l'épingle de sûreté pour remplacer la ligature du cordon, 167. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 5 mars* 1897. Présidence de M. Debove. — Adénie sans leucocythémie, 167. — Erythème compliquant une colite muco-membraneuse. Guérison, 167. — De la talalgie blennorragique, 167. — Séro-réaction du placenta et de l'enfant d'une femme atteinte de fièvre typhoïde pendant la gestation, 168. — Infection ourlienne du pancréas, 168. — **Société médicale du VIe arrondissement** : *Séance du 30 mars* 1896. Présidence de M. Valude. — Ablation des amygdales, 169. — **Société médicale du VIIe arrondissement** : *Séance du 24 novembre* 1896. Présidence de M. Leroux, vice-président. — Section des nerfs optiques par une balle de revolver ; découverte de la balle par la lumière Rœntgen, 170. — **Société de chirurgie** : *Séance du 10 mars* 1897. Présidence de M. E. Delens. — Traitement de la fistule vésico-vaginale, 173. — Ostéomyélite des phalanges. Panaris phalangettien, 173. — Cholecystentérostomie, 173. — Dilatation du canal cholédoque sans oblitération de l'ampoule de Vater, 173. — **Variétés** : Association médicale mutuelle du département de la Seine, 173. — **Nouvelles**, 174.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hémianesthésie hystérique traumatique (1).

par L. Sibut,
Interne de Saint-Lazare.

Il s'agit comme le titre de cette observation en témoigne, d'une femme qui, à la suite d'un traumatisme, a été peu a peu envahie par une hémianesthésie progressive.

M. B..., entre dans le service du Dr Jullien, le 20 novembre, et nous donne les commémoratifs suivants sur sa famille et elle-même.

Grand-père. — Mort de maladie inconnue.

Grand-mère. — Bien portante.

Père. — Toujours bien portant jusqu'à ces derniers temps : malade actuellement d'une affection inconnue. Ne boirait pas. Menuisier.

Mère. — Bien portante. Sans profession. Nerveuse.

Sept frères ou sœurs morts en bas-âge de convulsions ou d'accidents intestinaux.

La malade soupçonne sa mère d'avoir fait des fausses-couches, sans rien pouvoir affirmer à cet égard.

Les cinq autres enfants vivants, dont deux garçons bons pour le service militaire, bien portants.

La malade ne peut pas donner d'autres renseignements sur leur histoire médicale.

Elle-même, blonde, petite, nerveuse, riant à l'excès, a été réglée à 14 ans sans accidents et a toujours été bien réglée.

Elle ne présente aucune tare de syphilis héréditaire ou de rachitisme. Ses parents lui ont dit l'avoir confiée à l'hôpital de Rouen, alors qu'elle était toute enfant, pour des accidents dentaires, on lui fit à ce moment une opération à l'œil gauche dont elle ne peut préciser la nature et dont actuellement on ne peut reconnaître la trace.

A 17 ans, commence à travailler à Rouen, du métier de fleuriste, elle continue cette profession pendant trois ans, demeurant dans sa famille et ne souffrant d'aucune misère physiologique.

A 20 ans quitte Rouen pour suivre un amant à Paris; deux mois environ après, se livre à la prostitution.

Dit n'avoir jamais bu, toutefois avoue absorber par jour régulièrement au moins deux verres de cognac et l'apéritif. Léger tremblement.

Pas de cauchemars. Pas de crampes dans les mollets.

N'est pas syphilitique acquise.

Présente sur la partie latérale droite du cou, le long du bord postérieur du muscle sterno-cleïdomastoïdien, une cicatrice qu'elle rapporte à des glandes (?) qu'elle aurait eues étant enfant. Ne présente toutefois pas d'autres tares bacillaires.

Il y a deux ans reçoit un coup de couteau entre les deux épaules. La cicatrice est située à droite de la ligne médiane à la hauteur des deuxième et troisième dorsales ; son grand axe est dirigé de haut en bas et un peu de dehors en dedans, si bien que par son extrémité supérieure elle est distante de un peu moins d'un centimètre (8 millim. exactement) de la.

(1) Communication à la Société de médecine de Paris, séance du 23 janvier 1897.

ligne médiane, y touche par son extrémité inférieure.

Sa longueur est de 20 millimètres.

Elle est douloureuse à la pression.

Le couteau avait été lancé de loin à la mode espagnole et s'était planté entre les deux épaules ; le fer resta dans la plaie jusqu'à ce que la malade ait été transportée chez un pharmacien qui retira l'arme et pansa la plaie en la suturant. Au dire des personnes qui entouraient la malade, le couteau était enfoncé de 4 centimètres.

Immédiatement après la blessure, M. B... fut privée de l'usage de sa jambe gauche, totalement paralysée et insensible.

Elle est reconduite chez elle et le lendemain est admise à l'Hôtel-Dieu, dans un service de chirurgie où les points de suture furent enlevés, la plaie aseptisée et recousue à nouveau. Dès ce jour paralysie et anesthésie gagnaient le bras gauche.

La plaie suppurant, les fils sont coupés huit jours plus tard.

Ce fut donc par deuxième intention que la cicatrisation se fit, les phénomènes paralytiques et anesthésiques restant les mêmes.

Il faut d'ailleurs dire hémi-anesthésie, car, à cette époque le ventre et le tronc étaient devenus insensibles.

La malade passe en médecine, on lui donne du bromure de potassium, on l'électrise, on l'endort, on lui applique des pointes de feu, on la soumet aux douches. Elle sort de l'hôpital marchant à peine, elle a la souvenance très précise qu'elle stoppait.

Elle cesse tout traitement et les mouvements reviennent intégraux petit à petit.

A l'heure actuelle elle présente une hémiplégie faciale gauche fort légère ; elle raconte à cet égard qu'elle a toujours eu la figure de travers, que notamment à sa première communion elle avait la face complètement déviée.

Elle fait remonter cette hémiplégie aux accidents faciaux dont il a été question plus haut.

Cette hémiplégie consiste surtout en un léger affaissement de la commissure gauche.

La malade peut siffler, les rides sont complètement effacés du côté gauche, elle ne peut occlure complètement sa paupière supérieure gauche et ne présente rien d'anormal en apparence dans la texture oculaire.

La malade, un an après être sortie de l'hôpital, consulte un médecin qui constate la persistance de l'hémi-anesthésie corporelle et une hémi-anesthésie faciale gauche qu'elle n'avait jamais eue et qui a demeuré depuis ; actuellement toute piqûre d'épingle la laisse insensible, le froid, le chaud ne sont pas perçus, cependant tous les modes de sensibilité sont conservés dans la moitié gauche de la langue.

Hémi-anesthésie gauche totale à la douleur, sauf la moitié gauche de la langue.

La zône d'anesthésie dépasse de 3 centimètres la ligne médiane sur le tronc.

ÉTAT ACTUEL. — 1° *Organes des sens.* — Champ visuel normal ; champ auditif normal ; dégustation conservée mais retardée à gauche ;

Accommodation normale : à la distance, à la lumière ;

2° *Etat des réflexes.* — Réflexe pharyngien normal ; réflexe patellaire exagéré et saccadé des deux côtés ; réflexe du poignet exagéré ; réflexe du coude un peu exagéré.

3° *Sensibilité générale.* — La sensibilité est nulle à gauche, toutefois si l'on insiste en enfonçant profondément l'aiguille ou en prolongeant et augmentant ce contact, la malade perçoit une impression désagréable telle que chez une hystérique la produit la pression d'une zône hystérogène ; sensibilité au chaud et au froid abolie à gauche.

4° *Troubles de la marche et de la station.*—Léger signe de Romberg, mais la malade peut se tenir à cloche-pied. Quand elle marche, elle a des tendances à traîner un peu la jambe gauche, du reste dit buter dès qu'elle est fatiguée.

5° *Troubles généraux.* — Il n'existe pas, à vrai dire, de troubles généraux autres que ceux que nous avons relatés. En effet le sens musculaire et le sens génital sont conservés, la mémoire est demeurée excellente, la coordination des mouvements et de la force musculaire persistent dans leur intégrité.

Il n'y a pas d'atrophie des membres.

La température est semblable à droite et à gauche.

Le système pileux est très légèrement plus développé à droite qu'à gauche.

Le point curieux de cette histoire pathologique est le développement lent et constant de cette hémi-anesthésie. D'autant que la suppuration qui avait envahi la plaie originale témoigne que la moelle et ses enveloppes avaient été épargnées par le traumatisme ; il veut eu dans le cas contraire une méningite suppurée aiguë dont la malade, en admettant qu'elle en eut rechappé, aurait certainement gardé un très vif souvenir.

Peut-on incriminer une lésion des racines postérieures en ayant déterminé la névrite, névrite qui se serait par la suite répercutée sur les cordons blancs pour déterminer ainsi les troubles que nous avons notés? Ce serait peut-être bien téméraire d'émettre semblable allégation, d'autant que une lésion quelconque de l'arbre médullaire cause de troubles si accusés dans la sensibilité n'aurait pu que s'accompagner d'autres troubles moteurs ou vaso-moteurs. Il faut donc admettre l'hystérie comme origine à cette hémi-anesthésie progressive, lente.

Notre malade est une nerveuse, elle est de souche nerveuse, son existence est faite d'émotions, elle boit, elle a eu toute petite des troubles nerveux qui lui ont laissé une hemiplégie faciale.

Il est vrai qu'elle n'a jamais eu de crises, qu'elle n'a pas ou peu de troubles du côté des organes des sens,

que son sens musculaire est conservé, que son reflexe pharyngien est normal, que l'on chercherait en vain chez elle un point hystérogène.

Tous ces signes négatifs doivent-ils absolument faire rejeter le diagnostic que nous proposons ?

Ils ne nous semblent pas avoir cette valeur négative car, par contre, la malade a ses autres reflexes troublés, l'anesthésie qui nous occupe principalement s'est établie brusquement s'accompagnant de paralysie temporaire, maintenant complètement disparue, pour augmenter d'abord rapidement, 24 heures après le membre inférieur, le membre inférieur devenait insensible, puis lentement, la face résistant un an.

Enfin n'est-il pas curieux de noter cette sensation en quelque sorte hystérogène, ressentie par la malade à toute excitation prolongée de la sensibilité du membre inférieur malade ?

Nous conclurons donc au diagnostic suivant : hémianestésie hystérique progressive, en réservant le pronostic, car nous ne serions nullement surpris si, plus tard, des troubles cérébraux, moteurs ou vaso-moteurs se venaient ajouter au complexus clinique que nous venons de rapporter.

BIBLIOGRAPHIE

Diseases of Women and uterine therapeutics, par le Dr Macnaughton Jones. 7e édition avec 565 gravures. London, Baillère, Tindall and Cox.

Le Dr Macnaughton Jones vient de faire paraître la 7e édition de son *Traité des maladies des femmes et de thérapeutique utérine*. Les différentes éditions de cet ouvrage ont été rapidement épuisées. Le succès du livre de Macnaughton Jones s'explique ; aucun manuel ne donne une quantité aussi considérable de faits, de théories et de pratique, de procédés opératoires exposés avec clarté, avec méthode. C'est un véritable Compendium de gynécologie. Aussi rend-il les plus grands services au corps médical, qui y trouve l'anatomie, la physiologie, la pathologie des affections utérines, puis tous les procédés d'exploration, les méthodes opératoires et toute la thérapeutique gynécologique.

Non seulement l'auteur expose ses vues et les résultats de sa pratique, mais il n'oublie pas les travaux de ses contemporains. Il les connaît tous, il les cite tous, il discute et expose leurs vues avec un sens profond de la critique médicale. Il cite dans son ouvrage près de cinq cents auteurs, appartenant à l'ancien et au nouveau continent. Nous avons trouvé le nom de plus de quatre-vingts auteurs français.

Dans ces dernières années, l'impulsion donnée aux sciences médicales par les découvertes récentes a eu sur l'étude de la gynécologie un retentissement considérable et a donné une forme nouvelle à cette branche importante de la pathologie. Mais depuis deux ans que de changements déjà dans l'étude de la pathogénie. Que d'ingénieux procédés sont venus remplacer les anciennes méthodes opératoires. Tout cela a été étudié avec une rare sagacité. L'auteur fait preuve, dans son livre, d'une grande érudition et d'une connaissance remarquable de la littérature médicale actuelle. Il fait un choix judicieux des travaux parus en Angleterre, en France, en Allemagne, etc. Il est au courant de tout ce qui se fait en Europe et en Amérique.

Nous ne pouvons analyser ici cet intéressant ouvrage. Signalons cependant le chapitre consacré aux réflexes utérins.

Le Dr Macnaughton Jones étudie avec une grande originalité les troubles dus aux connexions du vagin, de l'utérus et des ovaires avec les nerfs splanchniques, avec les plexus pelviens et hypogastriques et le cortège des symptômes si divers liés aux affections de l'utérus et de ses annexes.

La compétence du Dr Macnaughton Jones en rhinologie, en laryngoscopie, en otologie et en ophtalmologie lui a permis d'étudier mieux que tout autre les relations des affections utérines avec les troubles de la vue, de l'ouïe, etc. Nous conseillons la lecture de ce chapitre aux spécialistes. Ils y trouveront de nombreux sujets d'études, variés et intéressants. E. B.

De la benzo-iodhydrine comme succédané de l'iodure de potassium, par le Dr A. Chenal. In-8, p. 67. — Paris, H. Jouve, 1896.

D'après l'auteur, la benzo-iodhydrine a toutes les qualités thérapeutiques de l'iodure de potassium et possède en plus l'avantage d'agir à doses moindres et d'une façon plus prolongée, son élimination étant très lente. N'ayant expérimenté que pendant deux ou trois mois sur des malades, il ne peut rien préjuger de la durée d'action de ce médicament et ne peut dire par conséquent si les malades traités ainsi pour des accidents syphilitiques ne sont pas plus exposés à des récidives que les malades soignés à l'iodure de potassium. Il faut donc de nouvelles expériences pour fixer la valeur thérapeutique réelle de ce médicament.

A. Ch.

REVUE DE LA PRESSE

Un compteur extraordinaire de lettres. — M. Grenestous a fait à la Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux, dans sa séance du 15 février dernier, la communication suivante : J'ai l'honneur de présenter à la Société d'Anatomie et de Physiologie un de mes camarades du lycée qui, déjà l'an dernier, a fait l'objet d'une clinique et d'une présentation dans une autre Société de la part de M. le Dr Régis. Employé dans une grande Compagnie commerciale de notre ville, ce jeune homme, actuellement âgé de vingt-sept ans,

compte et est obligé de compter depuis l'âge de dix ans toutes les lettres contenues dans les phrases qu'il pense, qu'il dit, qu'il écrit ou qu'il entend, sans que ce travail phénoménal soit cependant une gêne et une fatigue pour lui. Grand est le talent de mon ami en ce genre d'exercice. Il suffit, en effet, de lui dire, par exemple : « *Il fait beau aujourd'hui,* » pour qu'il réponde aussitôt: « *20.* » Les quelques expériences que je vais avoir l'honneur de faire exécuter devant vous seront d'ailleurs plus concluantes que toutes les explications. Mais, auparavant, je dois vous fournir quelques renseignements sur les antécédents, l'historique et la manière d'opérer de ce compteur extraordinaire de lettres.

Le père de M. X... est doué d'une certaine originalité de caractère. Sa mère n'est pas une nerveuse ; elle est, au contraire, très douce et très raisonnable. M. X... a deux frères ; l'un, âgé de quatorze ans, est encore au lycée ; jusqu'à maintenant, on n'a pas eu connaissance qu'il ait le moins du monde les aptitudes de son frère aîné en fait de calcul des lettres ; l'autre, âgé de vingt-cinq ans, est employé aux chemins de fer du Midi, où il occupe déjà une situation fort brillante ; ce dernier a eu la manie, vers l'âge de sept ans, de compter les syllabes des mots, manie de faible durée, puisqu'elle disparut au bout d'un an, manie dans laquelle on pourrait peut-être trouver la genèse du phénomène bizarre qui se passe chaque jour et à chaque instant chez M. X...

Quant à lui, il a eu une méningite à deux ans et demi. D'un caractère très calme, intelligent, c'est avec facilité qu'il est arrivé au baccalauréat.

Depuis l'âge de dix ans, mon ami compte toutes les lettres des phrases qu'il voit, qu'il entend, qu'il pense, et cela du matin au soir, du moment où il s'éveille jusqu'au moment où il s'endort. La nuit, son travail cesse et il n'y rêve jamais ; mais le jour, il se manifeste sans discontinuité aucune. Quand on ne lui parle pas, il invente des phrases qu'il recompte sans cesse. Le nombre 32 lui plaît; le nombre 13 lui déplaît au contraire, sans que cependant il lui déplaise au point de l'empêcher de constituer, si on le désire, une phrase de 13 lettres. Ce travail automatique et continuel qui se passe en lui ne l'entrave nullement dans l'exercice de sa profession, ne l'empêche pas de tenir une conversation, de lire un livre, de suivre un raisonnement, et il serait fort difficile, à quiconque n'en serait pas averti, de découvrir la moindre trace du travail prodigieux auquel se livre du matin au soir M. X... ; à tel point que j'ai été pendant dix ans son camarade au lycée, sans que j'aie pu soupçonner la curieuse faculté qu'il possède.

Et cependant, M. X... comptait toutes les lettres des vers de Virgile, et de ses thèmes grecs! Cette faculté, je l'ignorerais encore, si lui-même n'avait bien voulu, il y a seulement trois ans, me la dévoiler.

M. le Dr Régis a recherché quel était le procédé employé par M. X... pour arriver au résultat que vous avez pu constater. Tout d'abord, M. X... était aussi fort le premier jour où il se livra à son exercice qu'aujourd'hui même. Il déclare n'avoir pas fait de progrès. Il appartient à la catégorie des visuels. Il se représente devant les yeux en caractères d'imprimerie les lettres des mots qu'il compte.

Compter les lettres des mots n'est pas la seule originalité de M. X... M. le Dr Régis a découvert qu'il en présentait une autre. Les mois de l'année et les jours de la semaine ont pour lui une coloration plus ou moins lumineuse, plus ou moins blanche. Janvier et lundi sont la blancheur extrême, blancheur qui diminue au point de disparaître complètement, pour faire place à du noir, à mesure qu'on s'approche de la fin de l'année ou de la fin de la semaine.

J'ai recherché si je pouvais trouver d'autres compteurs du genre de M. X .. Je n'en ai pas trouvé de sa force. Dans une commune du département de la Gironde, près de Castillon, j'ai rencontré une receveuse des postes qui compte plusieurs fois par jour les casiers de son bureau, puis les lettres qui y sont contenues, enfin le nombre des lettres placées sur chaque enveloppe. La même personne compte également les dents des feuilles de vigne. Dans une autre commune de la Gironde, à Monségur, j'ai entendu raconter l'histoire d'un jeune homme, ne sachant ni lire ni écrire, qui, cependant, faisait toutes les opérations un peu délicates et embrouillées de la commune. Ce jeune homme habite aujourd'hui Bordeaux, où il exerce la profession de facteur des postes. Il m'a confirmé le fait. Il est intelligent, a appris à lire à 22 ans dans l'espace de quelques jours. Il est marié. Malheureusement du jour où il a eu les soucis du ménage, sa curieuse faculté de faire en quelques minutes des opérations compliquées d'arithmétique a totalement disparu.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 1er mars 1897. — *Présidence de* M. Chatin.

Sur le mécanisme histologique de la cicatrisation et sur des fibres nouvelles, « fibres synaptiques ». — M. L. Ranvier. On sait depuis les temps les plus reculés que les lèvres d'une plaie, quel que soit leur écartement, se rapprochent peu à peu jusqu'à arriver au contact l'une de l'autre. C'est ainsi que se fait la cicatrice. On parle du tissu cicatriciel ; mais personne ne sait ce qu'est ce tissu. On ne le sait pas, parce que l'on n'a pas suivi, jour par jour, heure par heure, son développement et son évolution. On ne le sait pas, parce que l'on ne s'est pas préoccupé de trouver de bons objets d'étude. Depuis plusieurs années je me livre à ces recherches. Dire, dans cette Note, toutes les expériences que j'ai faites, c'est impossible. J'y veux seulement indiquer mes conclusions, tout en me proposant de revenir plus tard sur le détail de mes expériences. Je désire surtout aujourd'hui faire connaître des fibres spéciales aux cicatrices, que je désignerai sous le nom de *fibres synaptiques*, du verbe grec συνάπτω, je réunis.

Le premier objet d'étude sur lequel ont porté mes recherches est le grand épiploon des petits rongeurs, rats et cochons d'Inde. Si l'on envoie dans la cavité péritonéale de ces animaux, directement sur le grand épiploon, une quantité notable d'une solution de nitrate d'argent (dix à douze gouttes d'une solution dans l'eau distillée à 1/300) on observe, trois à quatre jours après, que la membrane, qui, comme on le sait, est d'une extrême minceur, est revenue sur elle-même et forme un petit paquet massif dans lequel on ne peut plus rien trouver de la structure primitive. Toutes les travées si délicates de la membrane sont ramenées au contact les unes des autres et soudées entre elles par des fibres enlacées formant un feutrage dont les mailles sont occupées par des cellules endothéliales devenues stellaires et par des cellules lymphatiques. Quelles sont ces fibres ? En opérant avec plus de ménagement, c'est-à-dire en envoyant dans la cavité abdominale une quantité moins considérable de la solution de nitrate d'argent et en faisant l'examen vingt-quatre ou quarante-huit heures après l'opération, on se convainc facilement de l'exactitude de mon ancienne description : il se forme d'abord des filaments de fibrine, simples ou anastomosés, qui s'attachent aux travées du réseau épiploïque ; puis les cellules endothéliales s'hypertrophient, changent de forme et émettent des prolongements protoplasmiques d'une très grande longueur et fort complexes, qui s'accolent aux filaments de fibrine. Je me suis arrêté là dans la description du phénomène, car cela suffisait pour légitimer une théorie nouvelle de la cicatrisation. Je savais cependant déjà que les fibres qui naissent du conflit des filaments de fibrine et des prolongements protoplasmiques des cellules ont la propriété singulière de revenir sur elles-mêmes, c'est-à dire de se rétracter ; ce sont des fibres synaptiques.

Les fibres synaptiques, quelle que soit leur origine, sont toujours attachées très solidement aux faisceaux du tissu conjonctif, de telle sorte qu'en se rétractant elles les rapprochent peu à peu jusqu'à les amener en contact. Elles ont un diamètre très variable ; en se rétractant elles augmentent d'épaisseur, comme le ferait une lanière de caoutchouc. Quelquefois, elles sont simples et vont directement d'un faisceau conjonctif à un autre faisceau conjonctif ; le plus souvent, elles s'anastomosent entre elles sur leur parcours. Dans des plaies faites au pavillon auriculaire du lapin ou du rat, résultant d'une incision peu profonde, mais dont cependant les lèvres sont notablement écartées, elles forment un système régulier. Sur une coupe faite perpendiculairement à l'incision qui a déterminé la plaie, et deux à trois jours après, on en voit un faisceau, bien distinct, tendu en sautoir, établissant la limite entre le derme et l'épiderme, et dont les points d'attache sont dans les couches les plus superficielles du derme. C'est au sein de ce faisceau, ou sur sa face externe, que s'avancent une à une pour ainsi dire, des cellules épithéliales, extrêmement aplaties, qui vont concourir à l'édification du nouvel épiderme. Mais je passe, parce qu'il s'agit ici d'un phénomène assez important pour motiver une Communication spéciale. Néanmoins, je veux encore signaler un fait que je reprendrai plus tard. Les incisions que l'on pratique au pavillon auriculaire du lapin ou du rat, quand bien même elles guérissent rapidement et sans suppuration apparente, sont toujours suivies d'une nécrose. Cette nécrose est très superficielle, il est vrai : cependant l'escarre comprend l'épiderme et une partie du derme. On en juge au microscope seulement et sur des coupes.

Comparant ces plaies à celles de la cornée qui ne sont jamais accompagnées de nécrose, il m'a semblé que l'on devait attribuer cette lésion à la dessiccation. J'ai songé d'abord à appliquer sur la plaie un pansement humide ; mais, considérant que les rats sont très soigneux de leur corps et que si on leur faisait une petite plaie dans une région qu'il puissent facilement atteindre avec leur langue, ils la maintiendraient à un état d'humidité convenable, j'ai fait des incisions aux éminences plantaires et palmaires de ces animaux. La nécrose ne s'est plus produite. C'est donc bien une nécrose de dessiccation qui se fait aux lèvres des plaies du pavillon auriculaire du rat et du lapin. Plus tard je dirai comment l'escarre se détache et comment se fait la réparation définitive ; je reviens aux fibres synaptiques.

De tous les organes que j'ai expérimentés, il n'en est pas qui m'ait donné des résultats plus simples et plus démonstratifs que la plante du pied du cochon d'Inde. Ce petit rongeur est un plantigrade. Il a, comme l'homme, à ses membres abdominaux seulement, une vraie plante du pied ; mais, chose curieuse, on n'y observe aucune glande sudoripare. C'est une peau admirablement constituée, formée de papilles coniques fort régulières et d'un épiderme très épais. Je passe sur les détails de structure, bien qu'ils soient très intéressants ; pourtant je dois dire encore que la couche profonde du derme y est formée d'un tissu fibreux résistant, constitué par de grosses fibres, analogues à celles des tendons, que ces fibres sont entrelacées et qu'entre elles il existe des cellules conjonctives grandes et de forme compliquée.

Les plaies que j'ai sous les yeux, en rédigeant cette description, ont été faites par une seule incision qui a atteint à peu près la moitié de l'épaisseur de cette couche ; elles remontent seulement à vingt-quatre et quarante-huit heures. En général, au bout de quarante-huit heures, le revêtement épidermique est reconstitué. La plaie est fermée, mais le travail réparateur n'est point achevé. Il reste au-dessous de l'épiderme, au sein du tissu fibreux, une fente qui, sur les coupes transversales, figure une logette. Cette logette est occupée par un réseau de fibres synaptiques qui, par sa forme et la grosseur de ses travées, diffère notablement du réseau fibrineux qui s'est formé, à l'origine, entre les lèvres de la plaie, aux dépens du sang épanché. Les fibres synaptiques, comme je l'ai déjà dit, s'insèrent très solidement aux faisceaux conjonctifs qui ont été sectionnés. On en voit quelques-unes qui sont fixées sur des cellules conjonctives, ou plutôt des prolongements de ces cellules semblent se poursuivre sur des fibres synaptiques. Du reste, toutes les cellules conjonctives qui sont dans le voisinage de la logette, c'est-à-dire de la plaie, sont hypertrophiées ; leurs noyaux sont grands, nettement dessinés et quelques-uns d'entre eux contiennent un filament de chromatine glomérulé, indice d'une division prochaine (première phase de la karyokinèse).

Il n'est pas aussi facile que dans le grand épiploon de suivre les prolongements protoplasmiques des cellules sur le réticulum fibrineux primitif. Cela se comprend. Jamais on ne verra aussi distinctement, dans une coupe, les phénomènes que l'on observe dans une mince membrane convenablement fixée, colorée et tendue. Les préparations de

cette sorte sont incomparables. On peut cependant, surtout en se guidant sur l'analogie, reconnaître que les cellules conjonctives hypertrophiées qui bordent la plaie y envoient de nombreux prolongement et que ces prolongements se confondent avec les fibres synaptiques. Bien plus, ces cellules semblent comme attirées dans la plaie, et je crois qu'elles le sont en effet. Dans les expériences que j'ai faites sur le grand épiploon, j'ai constaté, de la manière la plus certaine, que des fibres synaptiques insérées sur des cellules pouvaient, en se rétractant, entraîner ces cellules, les étirer d'abord, puis les détacher et les transporter finalement plus ou moins loin de leur siège primitif. Il paraît se produire des phénomènes analogues dans les plaies du tégument externe. Je pense que beaucoup de cellules que l'on voit ultérieurement dans les cicatrices y ont été apportées par ce mécanisme singulier ; je parle seulement des premières cellules conjonctives qui s'y trouvent, parce qu'ensuite elles se multiplient et en forment alors de nouvelles.

Le réticulum des fibres synaptiques dans une plaie de la plante du pied du cochon d'Inde, quarante-huit heures après l'incision, ne contient pas encore de cellules conjonctives. Les globules rouges du sang primitivement épanché ont disparu en partie ou en totalité ; à leur place, on observe un grand nombre de leucocytes polynuclés et quelques noyaux libres. Les leucocytes y sont venus par migration, sans doute ; peut-être aussi se sont-ils multipliés par division directe.

Je me suis expliqué, dans une note précédente, sur le rôle de ces éléments. Je ne veux pas y revenir aujourd'hui. Cependant je dois faire remarquer que leur abondance dans le réticulum synaptique, encore dépourvu de vaisseaux sanguins, vient à l'appui de la thèse que je soutiens, à savoir que les cellules migratrices, en allant partout où des matériaux nutritifs ne sont pas apportés directement par la circulation sanguine, viennent compléter l'œuvre physiologique de la circulation proprement dite.

En résumé, trois éléments organiques semblent concourir à la formation des fibres synaptiques : la fibrine, les cellules conjonctives ou endothéliales et les cellules lymphatiques. Ainsi la fibrine, dont jusqu'à présent on ne pouvait pas saisir le rôle physiologique, serait un des facteurs importants de l'édification des tissus et surtout de leur régénération.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 mars 1897. — Présidence de M. Caventou.

Présentation d'instrument. — M. Berger présente une charpente métallique fabriquée par M. le Dr Goldenstein pour servir de support aux parties molles du nez dans les réparations de cet organe nécessitées par une destruction étendue de son squelette. Cet appareil, construit sur le principe de ceux inventés par M. Claude Martin (de Lyon), présente sur ceux-ci un triple avantage :

1° formé de deux pièces mobiles l'une sur l'autre, on peut régler sa longueur suivant les besoins de chaque cas particulier, et se servir d'un même modèle pour la réparation de pertes de substance très diverses ;

2° Au lieu de s'implanter sur le squelette au moyen de chevilles enfoncées dans les os de la face, il s'adapte aux bords de la solution de continuité des os au moyen de fourches qui terminent ses branches et qui s'appliquent sur ces bords. On évite de la sorte l'ostéïte qui se développe au niveau des points où la charpente se fixe sur le squelette, l'ébranlement et le déplacement ultérieur de l'appareil. Néanmoins dans son premier appareil, celui dont s'est servi M. Berger dans le cas dont il va être question, la partie supérieure de la charpente était encore fixée sur le frontal par un enchevillement au fil de platine ;

3° Cette charpente, construite avec soin avant l'opération, s'adapte mieux aux parties molles, les soutient d'une manière plus égale et permet d'éviter les ulcérations qu'ont parfois déterminées les pièces métalliques préparées par M. Martin.

M. Berger s'est servi de l'appareil en question pour remplacer la charpente du nez sur un sujet qui avait une destruction complète du squelette de celui-ci, produite par un coup de feu. Le malade avait d'abord porté un appareil de M. Martin qui avait produit sur la face dorsale du nez une assez large perforation, et qui, en se déplaçant, venait obstruer les narines. L'appareil de M. Goldenstein, appliqué par M. Berger, fut mieux supporté ; mais il n'empêcha pas la sous-cloison tendue sur son bord inférieur de se détruire.

La prothèse faite au moyen des charpentes métalliques peut rendre de réels services dans les cas de destruction du squelette du nez ; néanmoins M. Berger pense qu'elle n'est qu'un pis aller et qu'il ne faut l'employer que dans les cas où les méthodes autoplastiques sont impuissantes à faire disparaître la difformité.

M. Delorme appuie les réserves faites par M. Berger sur la valeur des appareils de M. Martin (de Lyon).

M. Péan, M. Berger a fait des merveilles de rhinoplastie avec des lambeaux pris à distance ; il fera bien de continuer dans la même voie plutôt que de se servir des appareils de M. Martin. Pour que les moyens prothétiques puissent être avantageux dans les réparations, il faut que les pièces métalliques soient aussi minces que possible et soient fenêtrées, pour qu'elles n'arrivent pas à jouer le rôle de corps étranger. Il faut que les pièces prothétiques soient bien protégées par les parties molles.

Ces appareils prothétiques ne sont guère utiles que dans un cas : c'est lorsqu'on peut conserver le périoste ; ils servent alors à maintenir la forme des os.

M. Fournier présente de la part de MM. les docteurs Oudin et Barthélemy un certain nombre de radiographies.

Bec de lièvre. — M. Le Dentu communique un travail sur quarante cas de divisions acquises ou congénitales du palais, traités par la staphylorrhaphie, l'urano-staphylorrhaphie et l'opération du bec de lièvre.

Lithiase intestinale et gravelle de l'intestin. — M. Dieulafoy lit une communication dont voici les conclusions :

1° Il y a une lithiase intestinale comme il y a une lithiase biliaire et une lithiase urinaire.

2° La lithiase intestinale peut être formée de sable, de graviers et même de calculs.

3° Ce sable, ces graviers, ces calculs sont composés de matière organique stercorale et de matière inorganique dans laquelle les sels de chaux et de magnésie ont la place prépondérante. Les matières organiques et inorganiques sont associées en proportions variables.

4° La lithiase intestinale est souvent accompagnée d'entérocolite muco-membraneuse.

5° Au point de vue de la pathogénie, la lithiase intestinale fait souvent partie de la diathèse goutteuse ; il y a une gravelle intestinale diathésique au même titre que la gravelle urinaire et que la gravelle biliaire.

Par contre, il y a des cas de lithiase intestinale qui ne peuvent pas plus être rattachés à la diathèse goutteuse que certains cas de lithiase urinaire et biliaire.

6° La lithiase intestinale peut ne révéler sa présence par aucun symptôme spécial, mais le plus souvent elle donne lieu à des crises abdominales très douloureuses ; véritables coliques intestinales lithiasiques dont la durée et l'intensité sont variables.

7° Ces coliques intestinales lithiasiques sont suivies de l'émission de sable, de graviers, de débâcles sableuses, avec ou sans matières glaireuses et membraneuses.

8° Les coliques intestinales lithiasiques ne doivent être confondues ni avec les coliques hépatiques, ni avec l'appendicite.

Restauration du périnée, du vagin, de l'urèthre et du rectum. — M. Péan lit une observation qui montre les services que peut rendre l'autoplastie dans des cas qui tout d'abord sembleraient au-dessus des ressources de la chirurgie.

Fibro-sarcome. — M. Péan montre une malade qu'il a opérée d'un fibro-sarcome de la région ischio-pubienne remplissant le bassin ; la tumeur fut enlevée par la voie pubio-perineo-vagino-sacrée à l'aide de la méthode de morcellement de l'auteur.

Radiographie. — M. Péan montre l'épreuve radiographique obtenue d'une balle située dans le rocher. M. Mergier, l'auteur de cette épreuve, est parvenu à montrer avec exactitude le siège des projectiles du crâne, région qui semblait encore, il y a quelques semaines, échapper à l'observation radiographique.

Intoxication aiguë par les vapeurs nitreuses. — M. Manouvriez (de Valenciennes) rapporte quatre observations d'intoxication aiguë accidentelle par les vapeurs nitreuses résultant de l'échauffement spontané d'un engrais artificiel composé de nitrate de soude, de lignite pyriteux et de déchets de laine gras.

Grossesse extra-utérine. — M. Routier lit une observation de grossesse extra-utérine avec fœtus retenu pendant trois mois ; il fit l'ablation totale du kyste fœtal, l'hystérectomie abdominale et guérit sa malade.

De l'épingle de sûreté pour remplacer la ligature du cordon. — M. Porak lit un rapport sur un travail de M. Barallier (de Jeugny) tendant à remplacer la ligature du cordon ombilical par l'épingle de sûreté. Ce procédé peut rendre quelques services, mais ne présente, en réalité, aucun avantage sérieux sur quelques-uns des nombreux moyens conseillés pour la ligature du cordon. Dans un cas pressé, il se peut qu'on ait plus aisément l'épingle de sûreté qu'un fil ordinaire ou qu'un fil élastique présentant toutes les garanties d'asepsie. Mais dans ce cas, il ne faut pas prendre les épingles en métal malléable, mais celles qui sont en acier.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les titres des candidats à la place vacante de correspondant étranger. Les candidats sont présentés dans l'ordre suivant : en 1re ligne : M. Emilio Coni (de Buenos-Ayres) ; en 2e ligne : M. Petrini (de Galatz) ; en 3e ligne : M. Benedikt (de Vienne) ; en 4e ligne : M. Janssen (de Bruxelles).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 mars 1897. — Présidence de M. Debove.

Adénie sans leucocythémie. — M. Hayem présente un malade âgé de 38 ans, ayant l'apparence d'une bonne santé, sans antécédents personnels ou héréditaires à relever, qui porte au devant du cou, aux angles de la mâchoire, dans les aisselles et dans les aines, des tumeurs de consistance lipomateuse, dont l'apparition remonte à cinq ans. Elles auraient débuté à la suite d'oreillons (?). Comme elles n'existent que dans les régions riches en ganglions lymphatiques, tout porte à penser qu'il s'agit de lymphadénomes avec participation du tissu adipeux. Il n'y a jamais eu de douleurs, ni de poussées fébriles. Légère leucocythose mais pas de leucocythémie. Dans l'urine très peu d'urée (13 grammes par 24 h.) et beaucoup de chlorures (23 gr.).

Une certaine dyspnée existant chez le malade paraît devoir être rattachée à des tumeurs analogues à celles que l'on voit et siégeant dans le médiastin.

Tous les traitements employés (iodure et arsenic à doses très fortes) ont échoué. Le traitement thyroïdien, commencé il y a une dizaine de jours, a déjà donné une légère amélioration, notamment pour la dyspnée. Les tumeurs, en outre, paraissent un peu plus molles.

Erythème infectieux compliquant une colite mucomembraneuse. Guérison. — M. L. Galliard. Observée chez un garçon de cinq ans, la colite n'a pas eu ici l'allure chronique qui lui est habituelle chez l'adulte. Elle n'avait duré que dix jours, était demeurée apyrétique et décroissait visiblement lorsque survint, au lieu de la convalescence présumée, une aggravation soudaine : accès de fièvre, érythème papuleux, localisé d'abord à la face, au pli des coudes et au dos des poignets ; puis généralisé, diffus, dans les régions primitivement atteintes ainsi qu'au cou, aux aisselles, aux fesses, aux jambes ; morbilliforme sur le thorax, le dos, l'abdomen. Cet érythème s'accompagna d'une fièvre vive (40°), qui nécessita l'usage des bains froids, tandis que le calomel était administré à titre d'antiseptique intestinal et que le colon était irrigué à l'aide d'une solution boriquée.

L'éruption pâlit le cinquième jour et disparut complètement le neuvième jour. La desquamation commença à la face ; s'effectuant par grands lambeaux au niveau des extrémités, elle était terminée à la fin du quatrième septénaire. L'albuminurie ne fut constatée qu'un seul jour (le 2e jour). Pas d'engorgement ganglionnaire. Pas de complication viscérale. Guérison complète.

L'examen des mucosités intestinales n'a montré que du coli-bacille. C'est donc à l'infection coli-bacillaire qu'il faut attribuer cet érythème, absolument semblable aux érythèmes observés par l'auteur dans la fièvre typhoïde et le choléra.

De la talalgie blennorragique. — M. L. Jacquet. Connu depuis Swediaur et de fréquence presque banale, ce symptôme de la blennorragie n'est cependant ni convenablement traité, ni interprété de façon rationnelle.

Chez un blennorragique talalgique, la douleur est quelquefois le trouble unique. Elle est nulle au repos, le plus souvent, mais vivement éveillée par la marche et la pression ; celle-ci révèle d'ordinaire deux points maxima : à

l'attache calcanéenne du tendon d'Achille, et, sous le talon, au niveau des tubérosités.

Mais fort souvent la région est déformée; le talon est gonflé en masse, plus gros et plus haut. Presque toujours (11 fois sur 13 observations personnelles), la lésion est symétrique, avec prédominance ordinaire d'un côté. La peau paraît saine.

Quelle est la nature de la talalgie avec déformation du talon? J'avais, en 1892, émis l'opinion qu'il s'agissait, selon toute apparence, d'une hyperostose, d'une véritable calcanéite ossifiante. Cette opinion, simplement probable alors, est devenue certaine depuis que, chez un malade de M. Debove, le diagnostic de calcanéite ossifiante double, d'origine blennorragique, que j'avais fait pendant la vie, a été vérifié après la mort, comme on peut le voir sur cette pièce.

Quant à la talalgie non déformante, je n'hésite plus à la considérer comme le premier degré de la talalgie hyperostosante et comme dépendant d'une même cause : le rhumatisme ostéo-fibreux, avec un travail d'ossification encore inappréciable.

Parmi les causes d'influence simplement localisatrice — les seules que je veuille étudier en ce moment — je relève d'abord le sexe : sur seize malades je ne compte pas une femme. Cela conduit naturellement à suspecter l'influence professionnelle. Et, en effet, ces treize cas incombent tous à des ouvriers à professions pénibles et exigeant plus particulièrement la station debout prolongée.

Chez aucun d'eux la talalgie n'est survenue à l'état isolé, mais constamment parmi d'autres symptômes de rhumatisme, souvent généralisé, toujours tenace. Chez la plupart le surmenage, des excès, ont précédé l'éclosion du mal ; chez tous, l'état général a été atteint de façon grave. Enfin, chez tous ceux que j'ai pu étudier d'une manière complète, des phénomènes nerveux variés accompagnaient la talalgie.

Il n'est pas rare de voir la talalgie blennorragique se prolonger pendant des mois et quelquefois des années : c'est donc un symptôme grave, mais l'on n'est point désarmé contre lui. Sans doute, l'hyperostose calcanéenne ne peut rétrocéder, mais elle cesse d'être douloureuse et dès lors n'occasionne plus qu'une gêne fonctionnelle insignifiante.

Parmi les moyens les plus propres à amener ce résultat, il faut noter : 1° le repos au lit; il est absolument indispensable et doit être prolongé ; 2° les pointes de feu répétées sur la colonne vertébrale ; 3° l'hydrothérapie chaude ou froide suivant les circonstances — chaude si l'excitation du système nerveux paraît prédominante ; froide au contraire, en cas de dépression, le corps étant au maximum thermique possible ; 4° le massage local ; 5° enfin les bains térébenthinés, tels que les a employés M. Balzer.

A cet ensemble de moyens j'ai dû la disparition assez rapide de talalgies doubles, graves et déjà anciennes. Les trois malades que je présente en fournissent la preuve.

Séro-réaction du placenta et de l'enfant d'une femme atteinte de fièvre typhoïde pendant la gestation. — MM. Mossé et Daunic (de Toulouse) présentent la première observation dans laquelle la recherche de la séro-réaction ait été étudiée après un accouchement à terme chez une femme atteinte de fièvre typhoïde au cours de la gestation. Il est permis d'en tirer les conclusions suivantes :

1° Le sérum sanguin d'un enfant, né à terme d'une femme atteinte de dothiénentérie bénigne au cours du sixième mois de la gestation, a fourni, très nets, les caractères de la réaction de Widal.

2° La propriété agglutinante moins vive, moins instantanée que celle constatée dans les humeurs de la mère (lait ou sérum sanguin), était cependant bien évidente. La comparaison avec des lamelles ou tubes témoins la rendait très apparente.

3° La structure anatomique du placenta était normale ; cet organe ne serait donc pas un filtre parfait.

Infection ourlienne du pancréas. — M. Cuche, médecin-major, adresse une note dans laquelle il dit avoir constaté (20 fois sur 26) une localisation pancréatique (fluxion) de l'infection ourlienne. Cette localisation se traduirait par une douleur à la pression dans la région correspondant au pancréas.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VI^e^ ARRONDISSEMENT

Seance du 30 *mars* 1896. — *Présidence de* M. Valude.

Présents : MM. Tison, Demoulin, Furet, Genesteix, Valude, Guiller, Dauchez, Petit, Verchère, Déléage, Boissier.

La Correspondance contient deux lettres de candidature l'une de M. Wuillomenet, 95 rue de Rennes, rapporteur désigné M. Tison; l'autre de M. Anselet, 94 boulevard Raspail, rapporteur désigné M. Verchère; et une lettre d'excuse de M. Desprès qui voyage en Espagne.

M. Genesteix annonce qu'une réunion du conseil général des sociétés d'arrondissements a eu lieu chez M. Liard. Celui-ci a donné bon espoir pour une solution conforme à nos désirs de la question des étudiants étrangers. Mais le règlement de cette affaire ne pourra avoir lieu qu'après les vacances.

M. Tison considère cette question comme capitale. Pour lui, si cet envahissement d'étrangers continue, nous serons débordés sous peu, et, pour la plupart des médecins, le pain quotidien ne sera plus assuré. Ce n'est plus seulement Paris, ce sont même les communes rurales, les services administratifs, les asiles d'aliénés entre autres qui regorgent de médecins étrangers. Ceux-ci, d'une origine souvent douteuse, arrivent avec des certificats d'une valeur nulle ou inconnue et reçoivent immédiatement l'équivalence et le droit d'étudier et d'exercer chez nous, alors que nos nationaux passent de longues et pénibles années à préparer et subir de difficiles examens de baccalauréat et perdent encore un temps précieux sous les drapeaux. Il ne suffit pas d'en parler dans le sein de nos sociétés, il ne suffit pas d'en saisir les journaux de médecine, il faut en faire une question d'intérêt général, l'imposer au gros public par une propagande active, en la proclamant partout, en multipliant les articles dans les journaux politiques, en en parlant dans tous les milieux. Le médecin agit individuellement, il ne relève que de lui-même, donc il doit avoir avant tout *une conscience*. Comment compter sur l'élévation et la valeur morale d'hommes venant on ne sait d'où, dont le passé est absolument inconnu et dont le présent ne révèle pas toujours des sentiments absolument honorables? Chez nous, les traditions d'une éducation chrétienne ont laissé au moins une tendance générale à l'honnêté et à la droiture. Mais ceux-là qui viennent d'un peu partout, et

p souvent issus de milieux israélites russes, soutenus les barons de la finance, n'ont qu'un but, celui d'arriver agner le plus d'argent possible et à prendre possession hauts postes par tous les moyens possibles. A M. Valude craint que ces dernières affirmations ne soient un peu dies pour être inscrites au compte-rendu, M. Tison ond qu'il tient particulièrement à les voir figurer au ocès-verbal.

M. Guillier constate que le plus triste exemple vient de t. Dans les concours, et notamment à l'agrégation, ne fère-t-on pas à nos nationaux pleins de valeur et émiment laborieux, des étrangers, Roumains, Grecs, Amérains du Sud incapables le plus souvent de faire un cours sentable et en tout cas de parler notre langue.

M. Génesteix affirme que beaucoup d'entre eux non seuent ne savent ni parler ni écrire le français et que sque sur leurs ordonnances ils mettent une orthographe nteuse pour des médecins, mais encore ils ne savent elquefois même pas correctement leur propre langue. de Morenheim ayant à viser les papiers de nombreux aélites petits russiens s'écriait : » Comment les laisse-t-on udier en France, ils n'ont même pas une instruction priaire complète et ne pourraient en Russie même pas être iciers » !

M. Boissier a connu deux de ces étudiants dont l'un polyme avait laissé des ménages à Beyrout et à Genève, chanant de religion selon qu'il avait besoin de divers protecurs ; et l'autre arrivé sous un faux nom recherché par la lice étrangère qui le découvrit et demanda l'extradition. les diplômes sont fantaisistes souvent, d'autres fois les entités le sont aussi.

M. Dauchez connaît un médecin, né en Bohême, venu en rance pour éviter le service militaire dans son pays. Il tend pour se faire naturaliser Français d'avoir passé l'âge u service militaire d'ici, et entre temps il s'est fait décorer titre étranger.

M. Desmoulins. — La plupart d'entre eux prennent d'abord ur petite naturalisation pour n'avoir pas de service effecf à faire, puis tout à fait naturalisés, ils entrent directeent dans la réserve comme médecins-majors, et deviennent officiers français.

Ablation des amygdales. — M. Dauchez communique uelques réflexions au sujet de l'ablation des amygdales. Il fait opérer un enfant qui, après une amygdalite intense, vait conservé de très grosses amygdales, l'opération fut praiquée au fonestoke par un très bon chirurgien. Malgré cela 'enfant eut dans la suite la diphtérie. Un autre enfant débarrassé de ses amygdales avec l'anse galvanique eut ussi la diphtérie. L'ablation ainsi pratiquée ne met donc as à l'abri de cette maladie. Depuis 1885 au contraire, plus le douze enfants opérés au thermocautère n'ont jamais ien eu. Ce procédé est radical, simple, non douloureux t sans aucun danger. Les autres réservent parfois des surprises désagréables et laissent persister des morceaux l'amygdale qui offrent encore prise à la diphtérie.

M Verchère ne croit pas qu'on puisse conclure formellement : avec tel procédé plus de diphtérie, avec tel autre danger de diphtérie. Il ne voit aucune relation de cause à effet dans cet ordre de faits. La diphtérie naît assez souvent loin de l'amygdale, dans le nez, dans la trachée, sur la conjonctive, à la vulve, enfin sur une plaie quelconque. Pourquoi donc l'ablation plus ou moins complète des amygdales mettrait-elle à l'abri de cette maladie ? Enfin cet organe a été mis là pour quelque chose : il serait donc prudent, au point de vue physiologique, d'en laisser (exemple du corps thyroïde) quelques débris qui peuvent encore rendre des services. D'ailleurs quelque soit le procédé, même avec la pince et le bistouri, on ne peut pas tout enlever, car si on dépasse le tissu tonsillaire, on court de grands dangers d'hémorrhagie. Le thermocautère lui paraît un excellent procédé, mais l'anse galvanique n'en diffère guère ; et les autres moyens : amygdalotripsie de Velpeau, pince emporte-pièce de Ruault, morcellement de Péan ont tous leur raison d'être. Quant au fonestoke, il lui paraît être le meilleur comme étant le plus simple. Mais rien ne met à l'abri de la diphtérie, on évite les amygdalites à coup sûr, mais pas la dipthérie.

M. Furet. Aucune ablation ou destruction n'a pour but d'éviter la diphtérie ; l'amygdalectomie totale est impossible sauf en cas d'amygdale pédiculée. Le Fonestoke et l'anse galvanique lui paraissent d'excellents procédés ; enfin il faut se défier des plaques sur l'amygdale, qui sont bien moins souvent diphtériques que celles des piliers et du pharynx.

M. Tison ne trouve pas de coïncidence entre l'absence des amygdales et la prévention de la diphtérie. Des angines sans plaques peuvent relever de celle-ci, comme des angines à plaques peuvent être absolument simples. La clinique est entièrement impuissante à établir à elle seule le diagnostic ; avec Roux et Chailloux, il pense que l'examen bactériologique est indispensable.

M. Dauchez ne partage pas cet avis ; pour lui, l'examen microscopique confirme scientifiquement le diagnostic, il l'éclaire dans des cas particuliers, mais la clinique reste, dans la généralité, certaine de son jugement. Si l'on a des doutes sur la nature d'une plaque, qu'on fasse comme MM. Labric et Archambaud, qu'on la détache avec une pince et qu'on la mette dans l'eau. Selon qu'elle aura l'aspect d'une toile d'araignée, qu'elle se dissoudra ou restera intacte, qu'elle sera facile ou non à arracher, elle sera ou non diphtérique. Le fonestoke, instrument de choix pour une amygdale de moyenne grosseur, ne vaut rien dans le cas d'une petite amygdale. Enfin, si l'on a affaire à une très grosse amygdale, l'intervention d'un spécialiste devient nécessaire. Quant au morcellement, il est beaucoup plus difficile à faire. Donc, dans les cas ordinaires, le thermocautère est préférable, il peut atteindre toutes les parties à détruire en prenant au besoin la pointe courbe ; il engendre un tissu de sclérose qui forme une véritable cuirasse ; d'ailleurs il n'a pas la prétention de tout enlever. En frottant avec le côté de la pointe on sclérose seulement la surface de la glande, mise ainsi à l'abri de l'infection dans sa partie sous-jacente qui persiste. M. Dauchez maintient d'ailleurs que l'amygdale est, le plus souvent, le point primitif de la diphtérie, qu'on a donc moins de chance de l'avoir, une fois débarrassé de cet organe, mais il n'a pas la prétention de dire qu'elle est toujours la porte d'entrée de cette affection.

M. Valude fait remarquer qu'en effet M. Saint-Germain a abandonné le fonestoke pour la pointe courbe du thermocautère qui n'expose jamais aux hémorrhagies, qu'on n'est pas assez sûr d'éviter avec d'autres procédés.

M. Guillier reconnaît qu'en enlevant les amygdales on enlève une cause d'infection, mais on ne prévient pas la diphtérie. Il n'a jamais eu d'hémorrhagie avec le fonestoke, parce qu'il ne touche jamais une amygdale tant

qu'elle est rouge et encore enflammée. Enfin s'il en laisse des débris, ceux-ci diminuent rapidement de volume quand la masse a disparu.

M. Dauchez soutient que le fonestoke n'est bon que dans un nombre limité de cas, tandis que le thermocautère est toujours applicable ; enfin il faut toujours tenir compte de la diphtérie pour laquelle l'amygdale est réellement une fréquente porte d'entrée.

M. Furet persiste à croire que le thermocautère n'est pas un bon moyen, il vaut mieux en rester à un procédé qui agit d'un seul coup et complètement que d'en appliquer un long et demandant plusieurs séances. Il faut que les sécrétions amygdaliennes trouvent un large et libre écoulement ; c'est pour faciliter cette excrétion gênée que le morcellement a été imaginé. Or, si l'on sclérose la surface, que deviendront ces produits de sécrétion engendrés et retenus sous elle? Il croit que le thermocautère a fait son temps.

La séance est levée.

L'un des secrétaires annuels : F. Boissier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VII^e^ ARRONDISSEMENT

Séance du 24 novembre 1896.
Présidence de M. Leroux *vice-président.*

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

La Correspondance comprend une lettre d'excuses du Dr Le Bec.

M. Toledano. — Le conseil général a soulevé la question de la fixation d'un tarif d'honoraires, et la société du XI^e^ en a proposé un que je soumets à votre appréciation.

M. Duchenne pense que tout tarif est inapplicable et que les honoraires varieront forcément selon la position du médecin, du client et selon le quartier.

M. Sottas dit que les gens riches seraient souvent disposés à se targuer de ce tarif pour ne pas payer davantage, tandis que nous serions obligés de le baisser pour les pauvres.

M. Galtier-Boissière critique ce tarif où la visite est à un prix différent hors de l'arrondissement c'est-à-dire souvent d'un côté de la rue à l'autre, ainsi que l'idée d'estimer différemment le taxis selon qu'il a ou n'a pas réussi.

M. Toledano est de l'avis de M. Duchenne mais pense qu'on pourrait accepter un tarif comme indications pour les jeunes confrères qui seraient disposés à compter un pansement ou un examen au speculum comme une visite simple.

M. Sottas admet que l'usage d'instruments légitime un prix plus élevé, mais fait remarquer que certaines visites sont plus difficiles que des pansements.

L'adoption d'un tarif d'honoraires est mise aux voix et repoussée.

M. Toledano. — Une seconde question soulevée par le conseil général est l'abus des consultations gratuites dans les hôpitaux. La société connaît-elle des faits particuliers à signaler ?

M. Duchenne dit que le syndicat des médecins de la Seine s'en occupe spécialement depuis plusieurs années, et que M Leblond possède un dossier énorme.

M. Galtier-Boissière pense que cet abus est souvent encouragé par les médecins qui envoient leurs clients à ce consultations.

M. Sottas en suivant la consultation de Saint-Louis, a v de nombreux malades paraissant fort bien en état de paye une consultation, et pense que la police des consultation gratuites devrait être faite par les médecins des hôpitaux

Sur la troisième question étudiée par la Société du XVII^e^ arrondissement, l'alcoolisme, la Société du VI^e^ se rallie pleinement aux opinions exprimées dans le rapport de M. Poitou-Duplessis et adopte ses conclusions.

M. Valude communique une observation intitulée « **Section des nerfs optiques par une balle de revolver découverte de la balle par la lumière Rœntgen** (suite d l'observation de mai 1893). »

M. Sottas. — Quelles étaient, ici, les indications de l'opération?

M. Valude. — Des douleurs orbitaires et frontales asse vives pour obliger le malade à réclamer l'intervention.

M. Verchère. — En considérant les rapports de la tache indiquant la balle, avec les cils et la ligne du trajet de l balle, on est amené à en induire que celle-ci est placé contre la paroi externe de l'orbite.

Je demanderai incidemment à M. Valude comment o arrive par la région temporo-faciale dans l'orbite.

M. Valude. — Par l'opération de Krönlein qui consiste essentiellement dans la création d'un volet osteo-fibreux

M. de Bourgon lit un travail sur deux cas de blépharo spasme accompagné de lésions conjonctivales et cornéennes traités par la suggestion hypnotique. (V. *France méd.*, n° 10 p. 145.)

M. Valude. Je ne disconviens pas de la possibilité d guérir par la suggestion hypnotique les accidents d'ordr hystérique, mais l'hypnose n'est pas encore une pratiqu courante et surtout elle répugne un peu à beaucoup d médecins. On peut parfois réussir avec la suggestion thérapeutique la plus simple, celle là toujours licite et très facile ainsi qu'on va en juger par quelques exemples :

Notre premier cas a trait à une jeune paysanne d'une vingtaine d'années, domestique, qui avait reçu au mois de septembre dernier, de l'enfant de ses maîtres, un coup de fouet dans son œil droit grand ouvert. La vision de ce côté, aurait été, dit-elle, aussitôt abolie.

Deux jours après, elle se fait examiner par le médecin de la localité qui constate un épanchement de sang dans la chambre antérieure masquant les deux tiers de l'ouverture pupillaire. V = 0 ; la blessée ne distingue aucune lumière.

On prescrit des sangsues, un purgatif, des instillations d'atropine, des onctions mercurielles péri-orbitaires et, enfin du sulfate de quinine à l'intérieur. Les phénomènes réactionnels visibles disparaissent, mais la vision demeure abolie de cet œil.

Cependant à la nuit absolue a succédé une amblyopie presque totale, mais qui permet de distinguer le jour de la nuit. Quand la malade se présente à notre examen, à la clinique nationale des Quinze-Vingts, elle reconnait une vive lumière mais ne peut apercevoir aucun objet. Vision seulement quantitative.

La pupille est dilatée et peu sensible à la lumière. En contradiction avec cette amblyopie presque absolue, le fond de l'œil apparaît normal et nous ne découvrons aucune lésion dans les diverses parties de l'œil, nerf optique, vitreum, rétine, cristallin; la cornée à sa pleine transparence.

)mme il s'agit, en l'espèce, d'une indemnité à recevoir de art des parents de l'enfant qui a été la cause de l'acci- t, nous supposons une amblyopie simulée, ou, à son ut, une amblyopie hystérique, survenue à l'occasion traumatisme, si la malade était de bonne foi. Nous inons d'ailleurs d'autant plus vers cette seconde hypo- se que la mydriase existant chez cette malade est un ument en faveur de la non simulation.

ans le but d'élucider ce point nous soumettons la ma- , une jeune campagnarde, à l'épreuve du prisme et des es colorés. Ces deux épreuves donnent un résultat po- ; le malade accuse de la diplopie et distingue les ces des deux couleurs, bien qu'un verre rouge soit ap- ué sur l'œil gauche, resté sain.

n'y a donc pas à en douter, l'œil droit est un œil ant, malgré qu'il ne puisse distinguer aucun objet, si ferme l'œil gauche.

ans la pensée — et dans l'espérance pour la bonne foi a patiente — qu'il s'agissait d'une amblyopie hystéro- matique, nous n'avons pas voulu dévoiler le résultat notre examen et démontrer à la malade la supercherie, arente ou réelle, que nous constations d'une façon si emptoire ; nous avons préféré, comme étant susceptible n résultat plus sûr au point de vue du retour de la lté visuelle, recourir à la suggestion thérapeutique, jours permise quand le but à atteindre est la guérison ne maladie. Nous avons donc annoncé à la jeune fille son cas nécessitait une opération qui lui serait faite le demain.

e lendemain, l'œil étant toujours ainsi amblyope, nous nandons à haute voix le fer rouge et nous appliquons e légère pointe de feu sur le bord palpébral; après un ou ix attouchements de la conjonctive, un pansement oc- sif est appliqué ensuite et laissé deux jours en place.

à la levée du premier pansement la malade déclara y r et déjà elle peut lire les gros caractères d'un journal. :ond pansement laissé deux jours en place.

\ ce moment l'acuité visuelle = 1/3, mais il existe tou- rs de la mydriase et une certaine paralysie de l'accomo- ion. Avec un verre convexe de + 1,75 l'acuité visuelle vient 1/2.

eux jours après l'acuité visuelle remonte à la normale ec un verre convexe de 1.50. La malade lit tous les ca- ctères, mais la pupille reste toujours un peu dilatée, quoi- e l'étant de moins en moins.

La parésie accomodative disparaît peu et peu à l'amblyo- e n'existe plus au moment où la malade quitte notre ser- ce.

Ainsi voici un cas où le médecin traitant a si bien cru à s désordres matériels du fond de l'œil, qu'il nous avait voyé la malade pour que nous lui en dressions un certi- at. Une opération simulée nous a permis, une fois le agnostic établi, de faire disparaître comme par enchante- ent une amblyopie qui aurait certainement résisté à la ule persuasion ou au raisonnement. Nous n'en voulons our preuve que l'histoire suivante très caractéristique :

ne enfant de 13 à 14 ans, nous est amenée par ses pa- nts pour une amaurose absolue de l'œil droit.

L'amaurose remontait à plusieurs mois, ayant débuté à ccasion d'un traumatisme, d'ailleurs léger : un cahier école avait été lancé au visage de l'enfant et le coin du hier lui avait un peu heurté l'œil, mais sans causer au- n dégât sérieux. Pas la moindre perception lumineuse, mydriase absolue et résistant à toutes les excitations ; avec cela, un œil absolument sain en apparence dans ses milieux et ses membranes. L'épreuve des prismes démontre l'existence de la displopie et d'une acuité visuelle, en réalité égale à la normale, de cet œil. Comme les parents affirmaient que l'enfant était doué d'une grande raison et d'une force de volonté très au-dessus de son âge, nous essayâmes de la convaincre que son amblyopie n'était pas réelle, en lui expliquant que l'épreuve par les prismes ne pouvait laisser subsister aucun doute à cet égard. Tout raisonnement fut inutile et tout ce que nous gagnâmes, fut que les autres recherches de la simulation restèrent sans effet : son attention était éveillée et toute entière appliquée à perpétuer la supercherie peut-être, jusque-là, inconsciente. Toutefois, elle laissait persister le phénomène de diplopie, avec les prismes, ne voulant pas, sans doute, se déjuger, et se jugeant par là même. Pour nous, nous sommes convaincus que, chez cette enfant, l'amblyopie, d'abord hystérique, s'était doublée ultérieurement de simulation quand nous lui eûmes démontré que sa perte de vision était apparente et non réelle.

Ainsi, chez cette jeune fille, la persuasion avait été une mauvaise manœuvre thérapeutique et il eut bien mieux valu user d'une opération simulée ; la fin de l'observation en est la démonstration.

En effet, j'usai, en quelques semaines, toute mon éloquence, mais en vain, pour convaincre la jeune fille ; puis je ne la revis plus. Elle fut conduite alors chez un confrère qui, en lui ouvrant l'œil et en lui retournant la paupière, découvrit un assez volumineux rouleau de papier roulé dans le cul-de-sac supérieur de la conjonctive. Aussitôt le papier enlevé, l'enfant déclara que la vue revenait, ajoutant que la présence du papier n'était pas surprenante, puisqu'elle avait été blessée par le coin d'un cahier de papier. Le lendemain, la vision était redevenue normale de cet œil.

Comme plus d'une fois j'avais examiné les culs-de-sac, et non seulement moi, mais aussi le médecin qui avait soigné l'enfant au début, au moment de l'accident, il est clair que le papier n'a été introduit qu'à la fin, et pour les besoins de la cause, par l'enfant qui trouvait probablement que la comédie avait assez duré ; car chez elle, à la simulation, s'ajoutait un fort degré de mydriase, évidemment, de nature hystérique. L'histoire de l'enlèvement du morceau de papier est, en tous cas, à retenir comme un simulacre d'opérations à tenter, toutes les fois qu'une hystérique accusera un traumatisme comme origine de ces accidents ; on pourra feindre de retrouver un corps étranger et attribuer à sa présence tous les phénomènes morbides.

Une autre de nos malades, une jeune fille encore, offrait des accidents d'un autre genre, d'ordre paralytique; il s'agissait d'un ptosis hystérique, fait assez rare. Voici l'observation :

Le 27 juillet 1896, une jeune fille de 16 ans est amenée à notre consultation des Quinze-Vingts pour un ptosis double très accentué. Cette jeune fille raconte que, sans douleur aucune et sans cause morale ou autre, ses yeux se sont fermés brusquement. La gêne de cette situation est telle que ses études ont dû être interrompues.

L'attitude de la tête est absolument typique : elle est fortement renversée en arrière et les plis du front sont très accentués.

Quand on relève mécaniquement les paupières on ne

ressent aucune résistance de la part de l'orbiculaire et les paupières s'entr'ouvent facilement, sans photophobie. Il ne s'agit donc pas de spasme classique des paupières. Il ne s'agit pas non plus d'une paralysie ordinaire des releveurs, car lorsqu'on surveille attentivement la malade, ou mieux, quand on insiste pour qu'elle ouvre les yeux, très rapidement on peut voir les paupières se relever mais pour retomber immédiatement. La vision est d'ailleurs normale, et l'état des yeux eux-mêmes ne comporte rien de particulier.

Les antécédents héréditaires sont nuls ; les commémoratifs personnels ne fournissent aucun renseignement de nature à jeter un jour sur l'accident actuel. La malade, qui est de belle santé apparente, serait seulement un peu excitable.

Malgré l'absence de stigmates caractérisés de l'hystérie nous penchâmes vers le diagnostic de ptosis hystérique et le résultat du traitement ne tarda pas à le confirmer. Ce traitement a été tellement bénin en l'espèce, qu'en tout état de cause il ne peut être préjudiciable de l'essayer tout d'abord en des cas de ce genre.

En effet, après avoir assuré la malade d'une prompte guérison si elle se soumettait, à la gêne d'un pansement spécial, nous avons instillé dans les yeux quelques gouttes d'eau distillée et nous avons appliqué sur les deux yeux un pansement occlusif. Au bout de trois jours, à la levée du pansement le résultat prévu et promis était obtenu pleinement; le ptosis avait disparu.

Il est à noter que depuis trois semaines que s'était produite la chute des paupières, les parents et la patiente elle-même étaient dans une très grande anxiété, avec la terreur de voir la cécité survenir ou persister une pareille infirmité. L'opinion du médecin traitant qui nous l'avait adressée aux Quinze-Vingts n'avait d'ailleurs pas été de nature à rassurer leurs esprits et cette inquiétude explicable est à mettre en regard du moyen très simple qui a permis de la dissiper.

Le dernier cas que nous voulons citer en cette courte revue est d'un ordre différent des précédents, mais non pas le moins singulier. C'était une jeune fille de 18 ans, domestique qui était entrée dans notre service afin d'y être traitée pour un double symblépharon partiel. Ce symblépharon provenait d'opérations qui lui avaient été faites par un confrère pour des tumeurs dont la nature nous est restée inconnue ; en résumé, il s'agissait de pratiquer à cette jeune fille des opérations pour des brides cicatricielles conjonctivales.

La malade était depuis quelques jours dans nos salles attendant l'opération quand, un jour, la sœur du service me dit que le matin elle s'était plainte d'avoir, pendant la nuit, rendu du sang par les yeux.

J'examinai l'œil, la cavité conjonctivale dans tous les recoins, les brides cicatricielles surtout, et je ne trouvai aucune solution de coutinuité, aucune érosion pouvant expliquer une telle hémorrhagie ; l'oreiller avait été rempli de sang.

La journée se passa sans phénomènes d'aucune sorte, la conjonctive était même assez pâle; la nuit, le même phénomène se reproduisit : un flux de sang assez abondant pour couvrir largement l'oreiller.

Averti du fait le lendemain et ne découvrant, pas plus que la veille, rien d'organique qui pût expliquer cette hémorrhagie, j'admis que je me trouvais en présence d'un stigmate hystérique bien connu, des pleurs ou larmes de sang. Damalix, dans un article écrit en 1882 dans les Archives d'ophtalmologie, a rassemblé tous les cas de ce genre, et ils sont peu nombreux, se rapportant presque tous à des femmes hystériques vraies ou à des nerveuses atteintes de troubles menstruels. Chez notre malade, la menstruation était normale et les hémorrhagies conjonctivales dont elle était atteinte ne pouvaient passer pour un phénomène de compensation.

Il fallait savoir cependant si le sang accusé par la malade ne provenait pas de quelque supercherie et pour m'en rendre compte je lui appliquai (après lui avoir dévoilé mes intentions) un pansement maintenu par une bande dextrinée et qui, par conséquent, ne pouvait être enlevé que par nous-mêmes. Le lendemain je trouvai le pansement entièrement traversé par du sang; la bande extérieure, la rondelle de gaze appliquée sur les paupières étaient également tachées ; il n'y avait pas de doute à conserver sur la réalité du phénomène.

Je résolus alors de la traiter par une suggestion opératoire et pour que l'illusion fut plus forte, la malade était très faible, je pratiquai l'anesthésie chloroformique sans rien lui faire, je lui appliquai simplement un pansement occlusif. La nuit suivante, l'hémorrhagie ne reparut pas. Je changeai le pansement en annonçant que l'état des yeux était très satisfaisant, et je remis un nouveau bandage occlusif, en déclarant que la guérison me semblait assurée. Depuis lors les pleurs de sang ne se produisirent plus, du moins tant que la malade demeura dans mon service.

On voit par ces quelques exemples, d'ordre différent qu'une suggestion thérapeutique ordinairement très simple peut suffire à faire disparaître des accidents hystériques même prononcés, même de nature organique en apparence comme les larmes de sang. Il n'y a pas de raison pour que les mêmes moyens ne soient capables de réussir dans tous les cas où des accidents hystériques se produisent dans l'appareil de la vision. Et ceux-ci sont nombreux et variés depuis l'amblyopie et l'amaurose jusqu'aux spasmes musculaires, aux paralysies multiples des muscles extrinsèques de l'œil, la mydriase spasmodique ou paralytique, au nystagmus, etc. il n'entre pas dans le cadre de cette réponse de décrire ou même d'énumérer les accidents oculaires qui relèvent de l'hystérie ; nous aurons réussi dans notre argumentation si nous avons persuadé à ceux qui se trouveront en présence de ces cas toujours embarassants et difficiles à soigner, qu'il n'est pas nécessairement besoin d'hypnotisme ni de pratiques spéciales par ce fait qu'il s'agit d'hystérique et qu'il peut suffire de pratiquer la suggestion thérapeutique la plus simple au moyen d'une pseudo-opération insignifiante ou d'un traitement fictif. On pourra du moins toujours l'essayer.

M. de Bourgon. Il est évident que la suggestion thérapeutique suffit dans un certain nombre de ces lésions, mais elle aurait été impuissante dans les nôtres où il y avait des lésions kérato-conjonctivales manifestes.

Ce serait d'ailleurs une grave erreur de croire que la suggestion hypnotique doit être réservée aux seuls hystériques. Bien au contraire, quand il s'agit d'hystériques avérés, la suggestion hypnotique est *difficile* sinon *impossible* à obtenir. C'est chez ces sujets qu'éclate le triomphe de la suggestion thérapeutique absolument impuissante

part du temps chez les malades peu nerveux qui ont oin du sommeil pour enregistrer l'ordre donné d'une on durable.

a séance est levée.

Un secrétaire annuel : MONNIER.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 mars 1897. — Présidence de M. DELENS.

Traitement de la fistule vésico-vaginale. — M. RICARD. procédé que j'emploie dans la fistule vésico-vaginale a déjà publié au Congrès de chirurgie, aussi ne vais-je ever que quelques points de détail. Le premier temps, e je considère comme des plus importants, est l'abaisse- ent de la fistule à la vulve. Il sera plus ou moins complet ivant la souplesse des tissus. Il suffit de vouloir l'abais- r, pour y réussir. C'est sans valve qu'il faut pratiquer cet baissement, en fixant les parties latérales avec deux pou- s. L'avivement est le second temps ; il consiste à ren- e mobiles et flottantes les lèvres de la fistule : ce n'est is tant la forme des lambeaux que leur mobilisation large. droite et à gauche j'incise la muqueuse, puis je dédouble haut et en bas, de façon à former deux lèvres flot- ntes ; au fond sont les bords de la fistule vésicale, uni- uement vésicale.

Je ne m'occupe pas de la fistule elle-même. Je prends s lèvres disséquées, puis ce sont elles que je serre, que suture. Elles forment une occlusion suffisante et com- lète. La suture sera faite avec fils d'argent, plus vo- ntiers gros, et je les tords d'un nombre égal de tours, e façon à les enlever facilement. Ces fils restent au plus 8 10 jours. A ce moment, si le vagin a été réellement asep- isé, on trouve une suture sèche, analogue à une suture de a peau. Peut-être toutes les fistules ne seront-elles pas usticiables de ce procédé, mais dans le plus grand nombre le cas, il sera avantageusement applicable.

M. LUCAS CHAMPIONNIÈRE. Il y a beaucoup de l'habitude du chirurgien dans le procédé choisi pour opérer la fistule vésico-vaginale. Il faut savoir que les tissus ne réagissent pas chez toutes les malades de même manière. Il y a une question de sujet fort importante. Il arrive chez certaines que même après cicatrisation et longtemps après, une nouvelle fistule se fait par destruction de la cicatrice. Dans un cas, j'ai vu en un point une petite concrétion qui avait été l'origine de ce nouvel orifice.

Chez une autre, la fermeture d'une fistule vésico-vaginale était suivie de la production d'une telle quantité de calculs qu'il fallait ouvrir de nouveau et reconstituer la fistule.

J'ai eu l'occasion de voir opérer Pawlik (de Vienne) qui abaisse la fistule d'une façon étonnante. Il y a à Vienne beaucoup de fistules vésico-vaginales, c'est que les accouchées sont beaucoup moins secourues qu'à Paris ou en France par des médecins habiles et instruits.

M. BERGER. — L'indication de découvrir largement les lèvres de la fistule, d'abaisser complètement la fistule est évidemment nécessaire, mais il ne me semble pas qu'elle puisse, dans la majorité des cas, être remplie.

M. QUÉNU. — La nécessité de mobiliser me paraît inéluctable, mais, à l'inverse de M. Ricard, je suture la lèvre vésicale en laissant mon fil en dehors du contact de l'urine.

Je crois que le choix de la substance du fil n'est que secondaire. Dans certains cas, il peut être nécessaire d'enlever le tissu fibreux qui forme un véritable bloc et empêche d'abaisser et de réunir les lambeaux pour occlure la suture.

M. DELAGENIÈRE. Exploration intra-stomacale. Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage et de l'estomac. Gastrostomie.

Ostéomyélite des phalanges. — Panaris phalangettien. — M. KIRMISSON. Ces panaris ont été décrits autrefois par Gosselin sous le nom de panaris de la phalangette. J'ai eu l'occasion de voir un malade qui avait eu plusieurs foyers d'ostéomyélite et qui présenta un jour une petite saillie blanche, douloureuse, sous le bord de l'ongle, on pouvait croire à une tourniole. J introduisis un stylet qui me conduisit sur un os malade.

Cholicystentérostomie. — Présentation de malade par M. BRUN.

Dilatation du canal cholédoque sans oblitération de l'ampoule de Vater. — Présentation de dessins par M. BROCA.

Election. — Au cours de la séance, M. Hartmann est élu membre de la Société de chirurgie au second tour de scrutin par 18 voix sur 34 votants.

VARIÉTÉS

Association médicale mutuelle du département de la Seine. — L'Association médicale mutuelle a tenu dimanche dernier 7 mars, dans le grand amphithéâtre de la faculté de médecine, sa dixième assemblée générale. Dix années en effet se sont écoulées depuis le jour où le regretté Lagoguey créa cette société, si discutée au début, aujourd'hui si prospère. Le nombre des membres participants est de 387 et le fond de réserve s'élève actuellement à plus de deux cent mille francs. Et l'association ne se borne pas à thésauriser, ce n'est nullement son but, elle vient très largement en aide aux confrères malades ; ainsi depuis sa fondation elle a déboursé plus de cent mille francs pour l'indemnité de maladies. Cette année même, 16.290 francs ont été payés pour 1.629 journées.

L'année 1896 a été bonne puisque, l'âge moyen des sociétaires étant de 41 ans 2 mois, on pouvait, d'après les statistiques, compter 2.424 journées de maladies pour 387 membres, tandis qu'on n'en a compté que 1.629, soit en moyenne 4,2 journées pour chaque tête. Les médecins ont cette année suivi l'exemple de leurs malades, en restreignant leurs frais de maladies.

L'assemblée générale a procédé à l'élection du bureau. Le président Rondeau, que son état de santé a forcé à se tenir presque toute l'année éloigné de Paris, a dû donner sa démission ; mais c'était un ouvrier de la première heure, l'un de ceux qui, avec Lagoguey, avaient le plus fait pour la Société ; on a récompensé son dévouement en le nommant président honoraire. Descoust avait toute l'année, comme vice-président, dirigé la Société avec un entrain et une habileté qu'on ne pouvait pas ne pas reconnaître. Il était bien juste de le nommer président, ce qu'a fait la presque unanimité des suffrages. MM. Peyrot et Laborde ont été nommés vice-présidents. Le bon Signez, le secrétaire général idéal, a été prorogé dans ses fonctions pour une durée qui, espérons-le, sera indéfinie. MM. Thoumas

et Nogué ont été nommés secrétaires des séances. Fissiaux, ce très solide pilier sur lequel repose depuis la fondation tout l'édifice de nos finances, restera notre trésorier, avec le Dr Hennocque comme adjoint.

MM. Aubeau, Pascalis, Portafax, Laburthe, Toureil, Crouigneau, Rémy, Plateau, Boudin et Barthélemy, ont été nommés à leur tour administrateurs pour l'année 1897.

La Société est assez prospère pour chercher à dépasser, dans les services à rendre aux confrères, les limites qu'elle s'était assignées au début. Il ne serait sans doute pas prudent de s'aventurer bien loin, mais il y a toujours une situation lamentable, c'est celle des confrères qui après avoir vécu honorablement et dignement, laissent brusquement une femme et des enfants dans la misère. On a donc voulu joindre à l'indemnité-maladie l'indemnité-décès, mais comme nous ne sommes pas une société de bienfaisance, mais une Société d'assurance mutuelle, on a décidé d'accorder à la veuve et aux enfants du sociétaire décédé seulement la somme à laquelle ce sociétaire lui-même aurait eu droit, en cas de partage des fonds de la Société entre tous les membres participants.

L'indemnité-décès ne s'accorde qu'après dix ans de sociétariat, elle va donc commencer à fonctionner cette année. Un membre ayant versé dix années de cotisation succombe aujourd'hui; il a veré 120 fois 10 francs, une partie de chaque cotisation, 4 fr. 56, a été employée pour l'administration de la Société, l'autre partie soit 5 fr. 44, contribue à former notre fond de réserve. Sa veuve aurait donc, de par les nouveaux statuts, droit à autant de fois 5 fr. 44 que le défunt a versé de cotisations, moins la somme qui lui a été payée à lui-même comme indemnité-maladie. Or, les confrères ne mourant habituellement pas sans avoir été quelque temps malades et sans avoir touché l'indemnité, la part qui pourrait revenir à la veuve sera souvent nulle ou à peu près. Néanmoins, par prudence toujours, car la prudence est la vertu dominante de l'Association médicale mutuelle, on décidera chaque année, en assemblée générale, le coefficient par lequel on multipliera le nombre des cotisations pour représenter l'indemnité-décès. Cette année, au lieu de 5 fr 44 qui était le chiffre maximum, on a pris 4 francs.

Ainsi l'Association médicale mutuelle, bien lancée, vigoureusement conduite, marche de succès en succès. L'avenir, un très bel avenir, lui est désormais assuré. Du haut du ciel, sa demeure dernière, Lagoguey doit être content.

A. Ch.

NOUVELLES

Corps de santé militaire (Réserve et armée territoriale. — Par décret, en date du 28 février 1897, ont été promus dans le cadre des médecins de réserve et de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de deuxième classe de l'armée territoriale. — M. le médecin-major de première classe de l'armée territoriale Tessier.

Au grade de médecin-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Richard, Noquet, Picqué, Berbez et Stœber.

Au grade de médecin-major de deuxième classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de première classe de l'armée territoriale Timal, Bailly, Richet, Lacaze-Dori, Gaboriaud.

Au grade de médecin aide-major de première classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de réserve Giraud, Bruyelle, Hedon, Dunac, Malapel du Peux, Lauth, Adenot, Cristofini, Castagné, Martin, Chatenet, Barbier, Bonnard, Bordas, Gaudier, Doyon, Benoît, Damain, Le Tanneur, Beaumé et Meusnier.

Au grade de médecin aide-major de première classe de l'armée territoriale. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe de l'armée territoriale Rotillon, Longboi, Moulin, Caix, Gougelet, Guiraud, Houel, Hamel, Baro, Ruyssen, Breillot. Delastre, Barbaud, Fouchard, Lancham, Devis, Meriot. Dumas, Fabre, Maqué, Nicouleau, Monteuui, Theuvard, Landry, Lebrun, Debu, Bidot, Vrain, Ouda, Proux, Malaingre, Piquard, Fourrier, Coroenne, Issaura, Rafin, Begue, Plichon, Auvergniot, Henne, Sous, Dupi, Hamon et Morel.

Hôpitaux de Paris. — Concours spécial pour la nomination à une place d'accoucheur des hopitaux de Paris. — Ce concours sera ouvert le lundi 10 mai 1897, à midi à l'Administration centrale, avenue Victoria, 3.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 5 avril 1897, et sera clos définitivement le vendredi 23 du même mois, à trois heures.

Le Conseil supérieur de l'Assistance publique est convoqué en session ordinaire pour le mercredi 10 mars 1897.

Les séances ont lieu, comme d'habitude, à l'Institution nationale des jeunes aveugles, 56, boulevard des Invalides.

La première séance s'est ouverte le 10 mars à 10 heures du matin.

Les séances ultérieures ont lieu, sauf décision contraire du Conseil, le matin à 9 heures et demie et l'après-midi à 3 heures.

Ordre du jour : 1° Election du président et de deux vice-présidents ; 2° Projet sur la réglementation des crèches publiques et privées (M. Marbeau, rapporteur) ; 3° Projets sur la réglementation des orphelinats et ouvroirs annexés aux hôpitaux, aux hospices et aux bureaux de bienfaisance (M. Hébrard de Villeneuve, rapporteur) ; 4° Projet sur la réglementation de la comptabilité des économats dans les établissements publics d'assistance (MM. le docteur Napias et Chabanel, rapporteurs) ; 3° Admission des étrangers dans les hôpitaux français (M. Chevallereau, rapporteur) ; 6° Avis à émettre en vertu de l'article 35 de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite (MM. le docteur Dreyfus-Brisac et Rondel, rapporteurs).

Deuxième Congrès national d'Assistance. - Ce Congrès doit s'ouvrir à Rouen le lundi 14 juin 1897, sous la présidence de M. le Sénateur Théophile Roussel.

Les questions à l'ordre du jour des séances générales sont.

1° Des divers modes d'assistance aux nécessiteux valides sans travail. — *Rapporteur* : M. le Dr Gibert, membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

2° De l'organisation des Crèches. — *Rapporteur* : M. le

Napias, inspecteur général des services d'assistance au nistère de l'Intérieur.

° Des divers modes d'assistance médicale et de l'hospisation des malades indigents dans les grandes villes. — *pporteur* : M. le Dr Billon, secrétaire de la Société interionale pour l'étude des questions d'assistance.

.° Comment doit être pratiquée l'assistance aux vieilds ou infirmes privés de ressources. — *Rapporteur* : Fleury-Ravarin, député, membre du Conseil supérieur l'Assistance publique.

La visite des établissements d'Assistance, au Havre, sera obablement fixée au *samedi* 19 *juin*.

Huitième congrès des médecins aliénistes et neurologistes. — Le huitième Congrès annuel des Médecins aliénistes et neurologistes français s'ouvrira à Toulouse, le ndi 2 août 1897, sous la présidence de M. le Dr Ritti, médecin de la maison nationale de Charenton.

Le programme comprendra :

1° Questions mises à l'ordre du jour :

Pathologie mentale. — *Diagnostic de la paralysie générale.* Rapporteur : M. le Dr Arnaud, médecin de la Maison de nté de Vanves.

Pathologie nerveuse. — *L'Hystérie infantile.* — Rapporeur : M. le Dr Bézy, chargé du cours de clinique infantile la Faculté de médecine de Toulouse.

Assistance des aliénés. — *Organisation du service médil dans les asiles d'aliénés.* — Rapporteur : M. le Dr Doulebente, médecin directeur de l'Asile de Blois.

2° Lectures, présentations, travaux divers ; 3° Visite de Asile d'aliénés de la Haute-Garonne ; 4° Assemblée généle de l'Union des aliénistes français ; 5° Excursions ; Impression et distribution des travaux du Congrès.

Prix de la cotisation : 20 francs. — Adresser, dès mainnant, les adhésions, les cotisations et toutes communicaons au secrétaire général du Congrès, M. le Dr Victor Paant, allées de Garonne, 17, Toulouse.

Conférence internationale concernant les services sanitaires et l'hygiène des chemins de fer et de la navigaon. — La première Conférence a eu lieu à Amsterdam es 20 et 21 septembre 1895), et l'étendue des diverses uestions à traiter n'ayant pas permis de les résoudre, ne *seconde réunion de la Conférence* aura lieu à *Bruxelles* n septembre 1897.

Le Comité d'organisation de cette nouvelle session a cru evoir conserver la division suivante des travaux, adoptée Amsterdam.

A. — Organisation du service médical. — Quel est le neilleur mode d'organisation du service médical dans les xploitations de chemins de fer ?

Les questions suivantes ont été spécialement mises à 'ordre du jour par le Congrès d'Amsterdam de 1895, pour avoir quels avantages et quels inconvénients peuvent résulter de leur solution : 1° Le service médical doit-il faire partie intégrante de l'Administration, les médecins étant considérés comme agents ; 2° Le service médical doit il être rattaché à la Caisse de secours des employés, et être simplement agréé par l'administration.

B. — Garanties de validité du personnel. — 1° Constitution générale. — Examen physique. — Prédispositions morbides ;

2° Facultés visuelles : *a*) Etat extérieur des yeux et des annexes ; *b*) acuité visuelle ; *c*) champ visuel ; *d*) sens chromatique ;

3° Ouïe ;

4° Parole ;

5° Réexamens du personnel ;

6° Moyens de découvrir la simulation et la dissimulation des maladies.

C. — Prescriptions et mesures d'hygiène. — *I. Chemins de fer et paquebots à passagers.* — Installations complètes d'embarquement des voyageurs, tant pour les trains de chemins de fer que pour les paquebots à passagers.

Disposition, ameublement et garniture : 1° des wagons ; 2° des wagons-lits ; 3° des salons et cabines de couchage des paquebots et 4° de leurs W. C., considérés au point de vue des maladies transmissibles, de l'éclairage, de la ventilation, etc., etc. ; moyens de désinfection.

Dortoirs, bains et réfectoires pour le personnel des chemins de fer. Installations similaires des services de paquebots.

Personnel conducteur : 1° des locomotives ; 2° des machines de bateaux.

Ateliers de réparation des chemins de fer et des services de bateaux, considérés au point de vue de l'hygiène du personnel — contremaîtres et ouvriers — et des installations de propreté et de confort qu'ils nécessitent.

Cabines-maisonnettes du personnel de gardiennage, le long des lignes de chemins de fer.

Bureaux et locaux affectés aux employés.

II. Navires à vapeur navigant au long cours. — Conditions de salubrité que doivent réunir les navires à vapeur de long cours transportant des voyageurs, en envisageant toutes les parties des dits navires, c'est-à-dire les cales réservées aux marchandises, les soutes pour les aliments, les caissons à eau potable, les salons, cabines, etc., des voyageurs, les locaux réservés à l'équipage, les chambres de machines, celles des chaudières, la ventilation de ces différents compartiments, etc., etc., le tout en tenant compte de la latitude où ces navires doivent naviguer.

Régime et alimentation à bord.

Service médical et pharmaceutique à bord.

III. *Bateaux de commerce et de la pêche maritime.* — Installations au point de vue de l'hygiène des équipages : chauffage et ventilation. Entretien des bateaux et des cales. Alimentation, caisses à eau. Désinfection, médicaments et boîtes de secours. Instructions pour les cas de maladies ou de blessures.

IV. *Bateaux d'intérieur.* — A. *Bateaux faisant un service régulier de voyageurs.* — Conditions de salubrité que doivent réunir les salons des voyageurs, les locaux réservés au personnel, les chambres des machines. Boîtes de secours à bord.

B. *Bateaux servant au transport des marchandises.* — Installations, au point de vue de l'hygiène, du logement du batelier et de sa famille, de ses aides. Mesures de propreté et d'hygiène à prescrire au batelier. Mesures à prendre pour fournir de l'eau potable au batelier.

C. *Remorqueurs et toueurs à vapeur.* — Installations au point de vue de l'hygiène.

D. — Prophylaxie des malagies transmissibles. — Pour servir de base aux travaux de la Conférence, des *rapports* seront présentés, fixant l'état actuel des différentes questions, et adressés aux adhérents avant la réunion. Il est d'autre part fait appel à l'initiative des membres pour produire des travaux originaux, ou faire un exposé sur les situations particulières des gouvernements et des Compagnies.

La Conférence se réunira à Bruxelles dans le courant du mois de septembre 1897.

Les membres verseront une cotisation de 5 *francs*. Ils recevront à titre gratuit un exemplaire du compte rendu des travaux de la conférence. Les cotisations seront adressées au *trésorier*, M. Ad. Gaignaux, chef de bureau à l'administration des chemins de fer de l'Etat, rue de Louvain, 13, à Bruxelles.

Les communications se feront en français, anglais et allemand.

Les membres qui ont l'intention d'assister à la Conférence, les Gouvernements et les Sociétés qui désirent y envoyer des délégués, sont priés d'en donner avis au *secrétaire général*, M. le Dr J. De Lantsheere, rue de l'Association, 56, à Bruxelles, et lui faire connaître leur domicile et leur adresse.

Le programme détaillé de la Conférence sera envoyé plus tard.

Les adhérents sont priés d'indiquer la section dans laquelle ils désirent être inscrits.

Questions choisies par le Comité d'organisation pour faire l'objet de rapports.

A. — Organisation du service médical. — Quel est le meilleur mode d'organisation du service médical dans les exploitations de chemins de fer ?

Les questions suivantes ont été spécialement mises à l'ordre du jour par le Congrès d'Amsterdam de 1895, pour savoir quels avantages et quels inconvénients peuvent résulter de leur solution :

1° Le service médical doit-il faire partie intégrante de l'Administration, les médecins étant considérés comme agents ?

2° Le service médical doit-il être rattaché à la caisse de secours des employés, et être simplement agréé par l'Administration ?

B. — Garanties de validité du personnel. — 1° De l'influence des prédispositions morbides, eu égard à l'admission des candidats et aux diverses fonctions des agents des chemins de fer.

2° Réexamens du personnel.

3° Détermination quantitative du sens chromatique.

4° Défectuosités de l'ouïe au point de vue des services des chemins de fer et de la navigation.

5° Dissimulation : *a*) des troubles de la vue.

b) des troubles de l'ouïe.

C. — Prescriptions et mesures d'hygiène. — 1° Moyens d'empêcher la propagation des maladies transmissibles, tant pour les voyageurs que pour le personnel, sur les moyens de transport.

2° Faut-il permettre l'usage de boissons enivrantes au personnel des chemins de fer et de la navigation.

3° Résultat des mesures prises contre le surmenage dans les industries de transport pendant ces dix dernières années.

4° Organisation du service des secours, en cas d'accidents.

L'affaire Thomson, dans laquelle sont impliqués les Drs Boisleux et de Lajarrige, doit venir le 22 mars devant la Cour d'assises de la Seine. Nos confrères auront à cette époque fait six mois de détention préventive.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — *Régates internationales de Cannes et de Nice. Vacances de Pâques. Tir aux pigeons de Monaco.* — Billets d'aller et retour de 1re classe de Paris à Nice, valables pendant vingt jours y compris le jour de l'émission. Via Dijon, Lyon, Marseille, 182 fr. 60.

Faculté de prolongation de deux périodes de dix jours moyennant un supplément de 10 p. 100 pour chaque période. Billets délivrés du 15 mars au 20 avril 1897 inclusivement et donnant droit à un arrêt en route, tant à l'aller qu'au retour. On peut se procurer des billets et des prospectus détaillés aux gares de Paris-Lyon et de Paris-Nord dans les bureaux succursales de la compagnie P.-L.-M. ainsi que dans les agences de voyages Cook et fils, Voyages économiques, Wagons-lits, Gaze et fils, Lubin, Société française de voyages Duchemin et Desroches.

La mortalité à Paris. — Pendant la neuvième semaine, du 28 février au 6 mars 1897, le service de la statistique municipale a compté 982 décès, chiffre supérieur à celui de la semaine dernière 943, au lieu de la moyenne 1.006.

Les maladies épidémiques sont moins rares (50 au lieu de 45 et de la moyenne 91), la fièvre typhoïde a causé 4 décès au lieu de 3 et de la moyenne 19; la scarlatine 2 au lieu de 3 et de la moyenne 3, la rougeole 16 au lieu de 15 et de la moyenne 17, la coqueluche 13 au lieu de 6 et de la moyenne 10, la diphtérie 9 au lieu de 6 et de la moyenne 2.

On a signalé 4 décès par l'influenza, et 2 par la variole.

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.) a causé 28 décès au-dessous de 1 an au lieu de 26 et de la moyenne 35.

En outre 24 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 128 décès (au lieu de 124 pendant la semaine précédente et au lieu de 191, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : Bronchite aiguë, 22 décès (au lieu de la moyenne 28); bronchite chronique, 25 décès (au lieu de la moyenne 46); broncho-pneumonie, 49 décès (au lieu de la moyenne 50) ; pneumonie 32 décès (au lieu de la moyenne 67). Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 46 décès, dont 27 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 209 décès au lieu de la moyenne 217; la méningite tuberculeuse, 20 décès; la méningite simple, 26; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 35 décès; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 62 décès, et les maladies organiques du cœur, 62; le cancer a fait périr 41 personnes. Enfin, 40 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 18 suicides et 21 autres morts violentes.

On a célébré à Paris 431 mariages.

On a enregistré la naissance de 1.280 enfants vivants (648 garçons et 632 filles), dont 891 légitimes et 389 illégitimes. Parmi ces derniers, 44 ont été reconnus immédiatement.

On a déclaré la mise en nourrice de 385 enfants, dont 11 seront placés à Paris. Parmi ces enfants, 97 seront nourris au sein et 288 recevront une autre alimentation.

On a déclaré la naissance de 85 mort-nés (dont 60 légitimes et 25 illégitimes).

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase.
ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Fallières.
CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.
NEUROSINE PRUNIER. — Phosphoglycérate de chaux pur.

GOUDRON FREYSSINGE
1 cuillerée à café par verre de boisson aux repas **contre Bronchites, Catarrhes. Maladies de la Peau, Epidémies.** 1 fr. 50 dans les Pharmacies.

NUTRITION DES ENFANTS. — Farine Vigier, *ne constipant pas.*

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*